

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

730
N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

P Y A R D Marcel

né le 23 Juin 1932 à RABAT (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE QUELQUES IMAGES BRONCHO-PULMONAIRES
PSEUDO-TUBERCULEUSES

Président : M. KOURILSKY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : PYARD

Prénom : Marcel

Date de soutenance :

N° d'ordre

1

PYARD, Marcel
A propos de quelques images
broncho-pulmonaires pseudo-
tuberculeuses.
Paris Dact. In 4° 23 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

2

PYARD, Marcel
A propos de quelques images
broncho-pulmonaires pseudo-
tuberculeuses.
Paris Dact. In 4° 23 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

3

PYARD, Marcel
A propos de quelques images
broncho-pulmonaires pseudo-
tuberculeuses.
Paris Dact. In 4° 23 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

4

PYARD, Marcel
A propos de quelques images
broncho-pulmonaires pseudo-
tuberculeuses.
Paris Dact. In 4° 23 pages
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547108_0032

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

P Y A R D Marcel

né le 23 Juin 1932 à RABAT (Maroc)

Présentée et soutenue publiquement le :

A PROPOS DE QUELQUES IMAGES BRONCHO-PULMONAIRES
PSEUDO-TUBERCULEUSES

Président : M. KOURILSKY, Professeur

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSESEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	MÉNÉGAUX (G.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GENNES (L. de)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BARIÉTY (M.)
	SOULIÉ (P.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (G.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	N . . .
	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N . . .
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)

	MM.
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N . . .
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.)	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	{ FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERKOTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.), m. conf.	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie expérimentale	{ GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHTET (G.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		{ AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PERQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)		
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	{ LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Ophthalmologie			

	MM.		MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	MOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.	Stomatologie	{ CERNÉA (P.)
	BOISSIER (J.)		{ CHAPUT (K ^{me} A.), m.c. agr.
	LECHAT (P.)		{ GRELET (M.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.	Thérapeutique	{ CHASSAGNE (P.)
	DEJOURS (P.)		{ LAMOTTE (M.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.	Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)	Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	{ GRASSET (J.)
	HUGUIER (J.)		{ LEPAGE (F.)
	LÉGER (L.)		{ MAYER (M.)
	OLIVIER (G.)		{ MERGER (R.)
	PADOVANI (P.)		{ RAVINA (J.)
	POILLEUX (F.)	Clinique ophtalmologique .	{ DESVIGNES (P.)
	ROUX (M.)		{ OFFRET (G.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
		Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	HAGUENEAU (J.), pr. s. ch.	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	BOUDIN (G.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
	CONTE (M.)		
	DOMART (A.)		
	MILLIEZ (P.)		
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . M. LENA (J.)

Secrétaires M^{me} BEURLAND (H.), M^{lle} CHAINTREUIL (G.), M^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs M^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)

Bibliothécaires { M^{me} CONTET (J.), M^{lles} LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur KOURILSKY

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la
présidence de notre thèse.

En hommage respectueux.

I - AVANT - PROPOS

=====

La symptomatologie d'une affection pulmonaire conserve quelque soit la nature de l'atteinte, certains caractères communs, en particulier de la série fonctionnelle, qui risquent de compliquer quelque peu le diagnostic étiologique et anatomoclinique de la maladie devant laquelle on se trouve.

C'est alors qu'interviennent des méthodes de diagnostic qui, de nos jours, ont atteint une très grande finesse et une très grande précision. Lorsqu'en particulier on soupçonne le processus de relever de la tuberculose, ou lorsqu'inversement on cherche à exclure celle-ci, on s'adresse alors à des examens de laboratoire, à la bactériologie, et naturellement à la radiologie.

Sans évidemment faire le procès du diagnostic radiologique des affections broncho-pulmonaires, nous voudrions pourtant en marquer les limites, et montrer comment des images qui à elles seules enporteraient à coup sûr le diagnostic de tuberculose peuvent fort bien et avec une certaine fréquence, appartenir à une pneumopathie absolument banale.

On voit toute l'importance de la question. Car autant il est dramatique de méconnaître une tuberculose pulmonaire, à son début, ou atypique, de laisser évoluer le processus jusqu'à un degré beaucoup plus difficile à traiter, de permettre aussi des contaminations, en particulier chez les jeunes enfants, autant aussi il est regrettable de traiter un malade non tuberculeux comme un bacillaire. Devant une image excavée, on risque d'envisager le séjour en sanatorium, la collapsothérapie, l'antibio-

thérapie, tous moyens d'action magnifiques, à conditions qu'ils soient utilisés sur des indications formelles.

Toutes ces réflexions nous sont venues à l'esprit à la lecture de quelques observations d'images pseudo-tuberculeuses susceptibles de survenir au cours de pneumopathies banales. Certes, la surveillance radiologique dans de tels cas est rapidement capable de rectifier un diagnostic erroné, car il s'agit généralement d'images fugaces, retrouvées sur un, sur deux clichés consécutifs, puis disparaissant ensuite même en l'absence de traitement.

Au seuil de notre carrière médicale, nous avons été très intéressés par ce type de piège dans lequel peut tomber tout clinicien non averti de son existence, et à plus forte raison s'il s'agit d'un novice...

La question paraît d'ailleurs à l'ordre du jour parmi les médecins mais aussi parmi les spécialistes, les phthisiologues les plus avertis. Nous n'en voulons pour preuve que les travaux de l'Ecole lyonnaise, avec SEDAILLANT, avec GALY; de l'Ecole parisienne aussi, avec KOURILSKY, RIST, AMEUILLE, LEMOINE DUROUX, SORS.

Nous nous sommes livrés à quelques recherches bibliographiques. Dès 1936, VAJDA signalait la possibilité d'images de résorption susceptibles de donner lieu à des erreurs de diagnostic.

BOYTINCK, quelques années plus tôt (1932) avait décrit des infiltrats pulmonaires, inflammatoires et fugaces de nature non tuberculeuse. Cl. BERAUD de Lyon, consacrait sa thèse, soutenue en 1940, aux "infiltrations fugaces non tuberculeuses" et rappelait les images annulaires de résorption déjà décrites en 1936 par VAJDA. C'est ce que SEDAILLANT & P. GALY appellent les infiltrats fugaces non tuberculeux des poumons, à résorption centrifuge (1941). Dans leur description des bronchites segmentaires, RIST, AMEUILLE & LEMOINE insistaient en 1948 sur les

aspects radiologiques trompeurs dont ces affections peuvent s'accompagner. DUROUX, à partir de 1949, étudie les infiltrations labiles pulmonaires d'origine non tuberculeuse. Il décrit ces infiltrats au Centenaire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, puis l'année suivante (1950) il publie un article dans la Semaine des Hôpitaux sous le titre infiltrats labiles non tuberculeux des poumons et finalement, en 1952, cette fois en collaboration avec JARNIOU, CHAMBOTTE & DURIEZ, il rédige une étude sur les infiltrats labiles simulant une tuberculose pulmonaire excavée. Cependant, il semble exceptionnel à VIDAL qu'un infiltrat labile prenne un aspect cavitaires; cet auteur en a cependant rapporté deux observations en 1958; nous y reviendrons. Ce type de lésion, dont SEDAILLAN & GALY ont fait la description princeps en France, a été signalé rarement, dans les deux cas de DUROUX et collaborateurs, dans un cas de BINET, BOUR & DUCOM ET; dans un cas de SCARINCI, et dans un cas de PAGES & HUBERT.

L'infiltrat labile du poumon est une lésion d'observation relativement fréquente, alors que la forme cavitaires paraît si exceptionnelle. A. DUROUX a proposé une classification des infiltrats labiles du poumon;

les infiltrats avec éosinophilie sanguine, ou syndrome de Löfller, sont aujourd'hui bien connus; on les trouve dans certaines parasitoses, certaines affections allergiques; viennent ensuite les infiltrats avec hyperleucocytose et lymphomononucléose; enfin, il existe des infiltrats pulmonaires labiles avec formule sanguine normale : c'est dans cette catégorie qu'il convient de situer les observations qui nous occupent ici. L'étiologie en est évidemment plus difficile à préciser. Il faut procéder à des examens minutieux pour affirmer ou exclure une origine microbienne, ou virale.

Pour la plupart des auteurs, ces infiltrats pulmonaires labiles sont susceptibles de prendre un aspect cavitaires au cours de la phase de résolution, c'est ce qui leur donne alors

cet aspect annulaire, ce caractère centrifuge signalés à plusieurs reprises. On arrive ainsi à admettre selon DUROUX, que l'aspect cavitaires représente un moment évolutif de l'infiltrat au cours de sa phase de résorption.

Mais la bronchopneumopathie causale paraît pouvoir varier d'un cas à l'autre. C'est pourquoi il nous faudra envisager ici des affections respiratoires assez différentes les unes des autres, mais ayant peut-être toutes en commun un trouble localisé de la ventilation, avec images d'atélectasie lamellaire et emphyème obstructif, comme les ont décrites GALY & BOUCHER dans les bronchites circonscrites de la grippe.

CH.SORD, en 1950, étudie les bronchopneumopathies segmentaires et signale lui aussi la possibilité d'infiltrats fugaces et excavés.

En 1952, KOURILSKY, DECROIX, BLONDEAU & GANTER étudient l'infection bronchique dans l'asthme, affection susceptible de donner des infiltrats pulmonaires fugaces.

La même année 1952, R.DEBRE, MOZZICONACCI & BLONDET décrivent les images bulleuses pulmonaires des staphylococciées chez le nourrisson. SOULAS, à propos de bronchites, parle de bronchites dispersées, ou bronchites diffuses (1954).

C'est en 1954 que P.GALY et H.BOUCHER exposent leur étude détaillée sur les complications pulmonaires grippales.

La même année 1954, L.BINET, H.BOUR & J.Cl. DUCOMET apportent un cas avec image pseudo-cavitaire pulmonaire, également fugace. L'année suivante, en 1955, SCARINCI décrit un cas de bronchite dispersée donnant de fausses images cavitaires.

Nous citerons encore le cas de PAGES & HUBERT, concernant une image cavitaires sous-claviculaire droite chez une fille de 14 ans supposée bacillaire jusqu'à ce que les différents examens et l'enquête épidémiologique puissent faire exclure ce diagnostic.

Enfin, tout récemment, en 1958, VIDAL, DE SCHIPHORST & GUIN ont décrit deux observations dans lesquelles le cliché était indubitablement celui d'une tuberculose; l'erreur écrit-vent ces auteurs, paraît bien difficile à éviter, d'autant plus qu'un des cas avait débuté par une hémoptysie.

*

Nous voyons donc que ces infiltrats cavitaires, s'ils sont rares, ne sont cependant pas exceptionnels, et que les observations se multiplient dès l'instant où l'intérêt est éveillé sur cette question.

Puisque les aspects radiologiques sont assez superposables d'un cas à l'autre, ce seront surtout les pneumopathies sous-jacentes susceptibles de donner lieu à ces infiltrats fugaces excavés, que nous étudierons ici.

Nous verrons donc successivement :

- les complications pulmonaires de la grippe, et les aspects pseudo-tuberculeux que la radio-clinique peut fournir,
- les images qu'il a été possible d'observer dans les suites d'une banale infection rhinopharyngée, qui rétrospectivement risque alors d'être prise pour une manifestation de primo-infection tuberculeuse;
- les infiltrats labiles des pneumopathies aiguës primitives, non grippales;
- enfin, ceux qui peuvent accompagner les bronchites diffuses.

IMAGES CAVITAIRES DES COMPLICATIONS PULMONAIRES

DE LA GRIPPE.-

L'observation de L.BINET, H.BOUR & DUCOMET illustre au mieux cette étiologie. BINET pense que les images claires et arrondies du type cavitaire sont fréquemment observées chez l'adulte, et qu'elles soulèvent immédiatement l'hypothèse d'une tuberculose, alors qu'elles peuvent relever d'autres origines. Dans le cas de BINET, il s'est produit une grippe trainante qui, à l'apparition des images, fut considérée comme la phase d'imprégnation tuberculeuse. Images d'ailleurs cavitaires franches plutôt que bulleuses. En quelques jours, tout avait disparu. Ainsi, alors que le dépistage systématique a fait connaître l'infiltrat labile éosinophile et les aspects nébuleux de certaines pneumopathies virales, moins connus sont ces aspects cavitaires que le plus averti risque à priori de prendre pour la traduction d'une bacillose pulmonaire.

Le cas de L.BINET & H.BOUR concerne une femme de 39 ans, hospitalisée en mars 1953. L'examen radioscopique systématique subi par la malade remonte à novembre 1952 et avait été négatif. En janvier 1953, survient un épisode aigu correspondant à une épidémie de grippe. Ce syndrome comporte une toux tenace, prédominant le matin, ramenant une expectoration muco-purulente assez abondante avec quelques filets de sang; un point douloureux sous-scapulaire droit, tenace. Une thérapeutique banale de quelques jours est sans effet, et il s'ajoute bientôt une asthénie, des sudations nocturnes; un fébricule vespérale, puis un amaigrissement de 4 kg en trois mois et demi. A la demande de la malade, on fait une nouvelle radioscopie qui est encore négative, en jan-

vier 1953, alors qu'un mois plus tard, on note une légère accentuation des ombres hilaires des deux côtés. Enfin, une radiographie au début de mars 1953 révèle dans la région sous-claviculaire droite, une image claire, ovalaire, cerclée surtout dans sa partie inférieure d'un anneau opaque de 4-5 mm de large, image qui ne peut qu'évoquer une caverne tuberculeuse; ce diagnostique cadre d'ailleurs fort bien avec l'évolution clinique.

Le tubage gastrique ne contient pas de B.K. et la sédimentation globulaire est à 6-19-77. On hospitalise la malade pour poursuivre les examens bactériologiques et tomographiques.

A la radioscopie, l'image est toujours présente, éclaircie encore sur les images récentes, et se contractant à la toux. On attend la confirmation bactériologique, tout en mettant en oeuvre une médication bactériostatique antituberculeuse, INH six comprimés par jour, streptomycine 1 g. tous les trois jours, PAS 15 g. par voie veineuse, un jour sur deux. Le tubage est toujours négatif. Sous l'effet du repos au lit, les signes fonctionnels s'atténuent et la fièvre disparaît.

Fin mars, on refait un nouveau cliché et des tomographies du sommet droit : l'image a complètement disparu. A ce moment, le traitement tuberculostatique est interrompu, alors que la malade a reçu au total 3,5 g. d'INH, 3 g. de streptomycine et 60 g. de PAS par voie intra-veineuse.

Le 1er avril, on obtient la confirmation radiographique de cette guérison, l'état général est redevenu parfait, avec reprise pondérale de 3 kg en 13 jours. Des contrôles ultérieurs ont confirmé la solidité de cette rapide guérison.

L.BINET & H.BOUR soulignent l'intérêt de ce cas, concernant une femme de 39 ans jusque là bien portante, et qui présente un syndrome aigu vraisemblablement grippal, avec expectoration muco-purulente tenace, fléchissement de l'état général, apparition sur les clichés d'une image cavitaires ou pseudo-cavitaire disparaissant en quinze jours sans laisser de séquelles

ni de cicatrice. Il s'agissait alors de porter, rétrospectivement, un diagnostic étiologique :

le diagnostic de tuberculose, tentant devant cette asthénie tenace, cette température subfébrile vespérale, cette expectoration, ces crachats hémoptoïques, cet amaigrissement important.

En effet, contre la tuberculose, parlait d'abord la disparition rapide et totale de l'image, nettoyée complètement en moins de trois semaines, sans que l'on puisse l'attribuer aux antibiotiques, donnés seulement pendant cinq jours.

Autre élément permettant d'éliminer la tuberculose, la négativité de la bacilloscopie au sein d'une expectoration cependant très abondante et purulente qui en présence d'une image cavitaire, était très en faveur de la tuberculose.

Troisième élément négatif éliminant la tuberculose, les caractères subnormaux de la vitesse de sédimentation.

Enfin, la confirmation de la nature non tuberculeuse de cet épisode a été apportée par la solidité de la guérison qui se maintient depuis plus d'un an, la malade menant une vie absolument normale.

Mais dans un diagnostic, il ne suffit pas de faire intervenir des éléments négatifs. Quelle a pu être l'étiologie de cette caverne ? La continuité du pourtour de l'image autorise, en effet, à parler de caverne. Cet aspect évident sur les clichés aurait dû être étudié de plus près dans les jours qui ont suivi, puisque par la suite, il avait disparu. L'examen des tomographies prises ultérieurement pourrait faire admettre la discontinuité de l'image en haut et en dehors; cependant à la lecture fine, on devait trouver une condensation à la partie supérieure de l'image claire de la partie tout externe du premier espace intercostal droit. Cette condensation, l'image normale des deux champs pulmonaires lors d'examens antérieurs, la régression ultérieure, font écarter le diagnostic de kyste bronchogénique.

Cependant, selon PRUVOST, il existe des bronchiectasies apicales isolées, révélées transitoirement par un épisode infectieux aigu, grippal souvent. Cet auteur parle d'expectoration hémoptoïque.

Il s'agit également d'écarter ici le diagnostic de staphylococcie pulmonaire, qui donne des bulles circulaires, cerclées, multiples, extensives, isolées. Mais le tableau clinique en est bruyant et les images bulleuses ne sont jamais uniques, leur cerne est fin, et non épais. Enfin, elles sont généralement précédées d'opacités. Le seul point commun est le remaniement incessant qui porte à la fois sur le nombre, l'aspect et la taille des bulles dans cette pneumopathie bulleuse décrite par DEBRE chez le nourrisson en 1952. Mais toujours on retrouve une origine staphylococcique connue, sous forme d'ostéomyélite, d'anthrax, de pemphigus, ce qui manque totalement dans le cas de BINET.

On a pu également éliminer les bulles d'emphysème, qui donnent bien des images circulaires, régulières, cerclées, mais toujours multiples, et sans cerne sombre correspondant à une condensation rétractile péricavitaire, à une infiltration du parenchyme. Les images emphysémateuses disparaissent bien rapidement, mais sont en même temps remplacées par d'autres lésions.

Entre la staphylococcie pulmonaire et l'emphysème, on trouve encore la pneumatocèle, mais ici encore exclue par la rapidité de la disparition de l'image.

Par conséquent, le cas de L.BINET & H.BOUR ne concernait ni la tuberculose, ni un kyste aérien, ni un emphysème bulleux ni une staphylococcie pulmonaire, ni une pneumatocèle : restait le diagnostic de pneumopathie aiguë grippale, ou à tout le moins, virale. Si vraiment il ne s'agissait ni de caverne, ni de bulle, au sens anatomopathologique (et non radiologique) du terme, ce qui permettait d'affirmer l'évolution régressive rapide, il devait

s'agir d'infiltrat labile, de nature peut-être virale, ou éosinophilique, à effacement centrifuge. Il eut fallu ici procéder à des réactions antigéniques spécifiques, à des examens de la formule sanguine, pour pouvoir affirmer ou infirmer la nature éosinophilique de l'image, très identique à celle décrite par SEDAILLAN en 1941, par DUROUX en 1950, avec son aspect pseudo-cavitaire.

Pourtant l'image devait ici être réelle puisqu'elle se contractait à la toux, puis s'eclaircissait. D'où la conclusion finale d'un trouble localisé de la ventilation, secondaire à une bronchite circonscrite d'origine grippale, responsable aussi bien d'un emphysème obstructif localisé, que d'une atélectasie lamellaire (P.GALLY). L'absence de bronchoscopie, refusée par la malade, l'absence aussi de réaction spécifique, donnent au diagnostic un caractère d'élimination d'ailleurs probable.

On voit toute l'importance qu'a eue ici la rectification du diagnostic. Sans elle, la malade était traitée, pour des mois et des années, comme une bacillaire; mais la disparition rapide de l'image pseudo-cavitaire avait rapidement montré l'invraisemblance du diagnostic, cela joint à un rétablissement accéléré de l'état/général avec disparition des signes fonctionnels.

*

Nous rapprocherons de cette observation, le cas de PAGES & HUBERT, qui concerne, lui aussi, un infiltrat fugace dont l'aspect cavitaire avait imposé au premier examen le diagnostic de tuberculose chez une jeune fille de 14 ans.

Cette jeune malade est hospitalisée à la suite de la découverte d'une image cavitaire sous-claviculaire droite, apparue à la suite d'une asthénie discrète remontant à quelques mois, et d'une angine d'allure banale, datant d'une dizaine de

jours. On avait constaté à ce moment une obscurité respiratoire de la partie moyenne du champ pulmonaire droit, nécessitant un contrôle radioscopique qui, lui, découvre une image cavitaire se contractant à la toux. Un cliché immédiatement pratiqué montre une zone de densification mal limitée, de siège sous-claviculaire, à bords nets. La tomographie objective, entre les plans 7 et 11, une cavité arrondie au centre d'un infiltrat parfaitement visible dans le plan 9. C'est alors que la jeune malade est hospitalisée. Son aspect est normal, sauf une certaine pâleur; il n'y a pas de fièvre, pas de signes fonctionnels, toux, dyspnée, expectoration manqueront, comme la fièvre, tout au long de l'évolution. Les signes physiques ont disparu. Tous les examens biologiques mis en oeuvre vont être négatifs : recherche du B.K. dans trois prélèvements de liquide gastrique; vitesse de sédimentation normale, ainsi que l'hémogramme. La cuti-réaction tuberculinique, négative il y a quelques mois, l'est encore, de même que les intra-dermo-réactions, qui n'objectivent aucune allergie tuberculinique. L'examen chimique et cytobactériologique des urines est négatif. L'enquête épidémiologique ne montre aucun contagé tuberculeux. C'est pourquoi PAGES et HYBERT ne prescrivent qu'un traitement calcique associé aux vitamines C et D 2, et gardent la malade en observation tout en pratiquant encore quelques examens complémentaires, coprologique au point de vue parasitologie, réaction de HIRST, qui sont négatives. Cependant on trouve dans les matières fécales quelques rares kystes d'amibes du colon.

En trois semaines, l'image sous-claviculaire a totalement disparu sans séquelles. La guérison radiologique est confirmée par des examens réguliers pendant encore quinze mois au cours desquels la cuti-réaction tuberculinique est restée négative; de même que les deux inoculations de liquide gastrique au cobaye.

On pouvait donc écarter définitivement le diagnostic de tuberculose pulmonaire, mais par quelle étiologie pouvait-

on le remplacer devant une image cavitaire de disparition rapide ? La tomographie avait confirmé la réalité de l'image cavitaire. D'emblée, l'évolution clinique, l'aspect radiologique pouvait faire éliminer la staphylococcie pulmonaire, l'emphysème bulleux, le kyste aérien, la pneumatocèle. En replaçant cette observation dans le cadre des infiltrats labiles excavés dont la classification, nous l'avons vu, a été établie par A.DUROUX, PAGES & HUBERT ont pensé que malgré l'absence d'arguments en faveur d'une étiologie microbienne ou virale de leur cas personnel, -il faut dire que la réaction de HIRST était négative et en excluant la parasitose, - que la maladie a succédé à une infection rhino-pharyngée aiguë.

Selon une pathogénie actuellement très en faveur, les aspects cavitaires des infiltrats pulmonaires labiles correspondraient, au cours de la phase de résorption, à une disparition centrifuge, annulaire, bien visible sur les clichés. Aussi PAGES & HUBERT pensent-ils que peut-être leurs images ont saisi ce moment évolutif particulier et fugace. Mais ils n'excluent pas non plus la réalité de l'image réellement cavitaire, qui se contractait lors de la toux.

Ils pensent alors que le substratum anatomique de l'infiltrat pourrait être non seulement une pneumopathie bénigne, mais aussi une atteinte bronchique circonscrite, de nature grip-pale ou autre. On sait que ces bronchites circonscrites, bien étudiées par GALY & BOUCHER, donneraient lieu, pour ces auteurs à un trouble localisé de la ventilation, avec images d'atélectasie lamellaire, et d'emphysème obstructif.

Ils retiennent alors, dans l'étiopathogénie de leur "infiltrat pulmonaire labile d'allure excavée", un trouble de la ventilation pulmonaire au cours d'une atteinte bronchique d'origine infectieuse. En somme, conditions analogues à celles de l'observation de L.BINET exposée précédemment, et à celles de SCARINCI, que nous allons voir plus loin.

INFILTRATS FUGACES DES PNEUMOPATHIES AIGUES (non grippales)

VIDAL et ses collaborateurs ont recueilli deux observations d'infiltrats pulmonaires labiles d'apparence cavitai-
re survenus l'une au cours d'une pneumopathie aigue, l'autre
après des troubles fonctionnels dits bronchitiques et incidents
hémoptoïques :

Le premier cas concerne une jeune fille de 16 ans,
hospitalisée pour de la toux, des douleurs scapulaires droites
et une fièvre brutale à 39° : tous ces symptômes venant d'ap-
paraître le matin même. Les anamnétiques sont nuls. Actuelle-
ment l'examen clinique est négatif, mais la radioscopie objec-
tive un infiltrat sous-claviculaire droit. La malade ne cède
pas à la demande de partir en établissement de cure aux fins
d'examens complémentaires, et se borne à se reposer chez elle.

L'apyrexie survient en cinq jours, et onze jours
plus tard on fait de nouveaux examens. La cutiréaction tuber-
culinique reste négative. Le tubage gastrique ne présente pas
de B.K. Cependant sur les clichés pulmonaires, on retrouve l'
infiltrat sous-claviculaire droit, manifestement ulcéré. Le
diagnostic de tuberculose pulmonaire s'impose. Mais l'absence
de confirmation bactériologique fait reculer l'établissement
d'un pneumothorax thérapeutique. Un mois plus tard, une nou-
velle radiographie fait constater la disparition totale, et
qui sera définitive, de l'image pulmonaire pathologique.

Ainsi, un infiltrat localisé, excavé, a été la tra-
duction d'une pneumopathie aigue non tuberculeuse; il a dis-

paru spontanément en un mois.

Dans le second cas, un homme de 31 ans a été traité par les antibiotiques par voie buccale pour des troubles fonctionnels respiratoires sans fièvre attribués à une bronchite.

Trois mois plus tard, un incident hémoptoïque avec trois crachats sanglants, commande de nouveaux examens. A la radiographie, on trouve une image cavitaire cernée d'une paroi épaisse siégeant dans la région sous-claviculaire droite. La nature tuberculeuse de cette lésion paraît indiscutable. Le malade entre donc début juin 1957 au Centre Départemental de Phtisiologie. A noter qu'il a séjourné cinq ans en Indochine.

A l'entrée, l'état général est bon, sans fièvre, et l'examen clinique est entièrement négatif. Le séjour en Extrême Orient s'est terminé quatre ans plus tôt. La recherche du B.K. dans le tubage gastrique est négative. La cuti-réaction tuberculinique est positive, mais les autres examens, en particulier les réactions sérologiques, sont négatifs. A ce moment, un nouveau cliché pulmonaire montre un aspect absolument normal : seule la région moyenne de la plage pulmonaire droite, où siégeait quelques jours plus tôt la lésion cavitaire, offre un aspect légèrement réticulé. La disparition totale de l'image cavitaire est confirmée par la tomographie.

Cependant, un examen bronchoscopique met en évidence une bronchite d'accompagnement de la bronche lobaire supérieure droite sans trouble de la perméabilité ni de cette bronche, ni de ses branches de division. Le malade quitte le Centre avant qu'aient pu être réalisés des examens parasitologiques qui auraient pu donner la clef étiologique de cet infiltrat fugace d'allure excavée.

Ainsi, à la suite d'un épisode hémoptoïque chez un sujet de 31 ans ayant séjourné 5 ans au Viet-Nam, est apparue une lésion pulmonaire cavitaire, disparaissant en quinze jours en l'absence de tout traitement.

Seule la première observation comportait des symptômes généraux d'un état infectieux.

Le diagnostic de tuberculose s'imposait à juste titre dans les deux cas.

Cela d'autant plus que l'infiltrat labile ne prend qu'exceptionnellement un aspect cavitare. Dans de tels cas, il est évident que l'on commence par admettre la tuberculose cavitare; mais ce diagnostic est rapidement infirmé par la négativité de l'examen bactériologique, puis par l'évolution, la lésion disparaissant rapidement, de façon inattendue, et imposant ainsi le diagnostic d'infiltrat labile. Certains éléments devraient cependant éviter de tomber dans le piège de la fausse tuberculose. Un début clinique aigu s'accompagnant d'une image déjà cavitare, la notion dans le second cas de VIDAL d'un séjour en Asie, où les parasitoses intestinales sont fréquentes, pouvaient déjà rendre le diagnostic de tuberculose suspect. Mais lorsque l'hémoptysie ouvre la scène, comme ce fut le cas dans deux observations, l'erreur est inévitable.

On est évidemment pris entre deux feux : retarder un traitement commandé si vraiment il s'agit de tuberculose mettre en oeuvre une thérapeutique antituberculeuse alors qu'il s'agit d'une lésion bénigne et spontanément curable.

VIDAL pense qu'il ne faut pas se hâter d'instituer une thérapeutique. Le recours aux antibiotiques est un geste de nos jours vraiment automatique, qui ici risquerait d'endosser un succès immérité. Créer un pneumothorax, "c'est s'engager dans une action thérapeutique de longue haleine", et ici totalement injustifiée. En attendant, pour l'entreprendre, la confirmation bactériologique, on agira sagement et on évitera un geste vraiment disproportionné à la lésion en cause.

Le temps nécessaire à l'épuisement de tous les examens -qui demeurent négatifs- suffit à éviter alors le

recours à des mesures thérapeutiques, puisque l'image a ainsi eu le temps de disparaître, et de faire la preuve de sa bénignité.

Par conséquent, on n'entreprendra aucun traitement avant quelque temps lorsque la bactériologie infirme la radiologie; VIDAL et ses collaborateurs se sont demandés quel était le substratum anatomique de l'infiltrat labile qui, lors d'une si brève évolution, se donne les apparences d'une ulcération.

On peut se demander si l'image donne l'aspect trompeur d'une excavation, ou s'il s'agit véritablement d'une caverne. Pourquoi l'agent responsable de l'infiltrat labile, virus, éosinophilie réactionnelle d'un état allergique, pourrait il avoir sur le parenchyme pulmonaire une action aussi destructrice ?

Contre la nature vraiment excavée de la lésion parlent également et la rapidité de sa constitution, et la rapidité de sa disparition.

Selon la théorie de SEDALLIAN & GALY, l'aspect pseudo cavitaire provient du nettoyage par le centre de l'infiltrat labile, mécanisme qui a été également décrit dans l'infiltrat d'ASSMANN. En 1932 et en 1936, BOYTINCK, puis VAJDA, avaient été des premiers, en Allemagne, à préciser cette résorption des ombres annulaires.

Pour DUROUX, pour BINET, il s'agirait davantage d'un trouble de la ventilation, survenu lors d'une bronchite circonscrite. En faveur de celle-ci, parlent les accidents hémoptoïques signalés dans un cas de VIDAL, dans celui de BINET; la réalité des lésions bronchiques établie en endoscopie dans le second cas de VIDAL, l'aspect bulleux de l'image dans le cas de SCARINCI, que nous allons résumer.

Mais dans les deux cas de VIDAL, l'image n'était pas bulleuse, mais vraiment cavitaire, avec contour épais.

Toute l'importance de ces lésions est d'ordre diagnostique, d'autant plus que l'infiltrat labile d'aspect cavitaire paraît, ces derniers temps, perdre son caractère exceptionnel, les observations paraissant s'en multiplier. Il faut donc être prudent et savoir temporiser devant une image cavitaire qui peut n'être qu'un moment évolutif dans la disparition d'un infiltrat labile bénin, banal même.

INFILTRATS DES BRONCHITES DIFFUSES

A.SOULAS a repris, après AMEUILLE et ses collaborateurs, le démembrement des bronchites, qu'il appuie pour sa part :

- sur des bases anatomiques, en tenant compte du système bronchique total, support du poumon;
- sur des bases étiologiques;
- sur des bases cliniques particulières, avec souvent intégrité de l'état général, absence de fièvre, ou au plus état subfébrile, percussion négative;
- sur des bases radiologiques enfin : les images peuvent être absentes, ou polymorphes et surtout de comportement différent de celui que l'on observe dans les broncho-pneumopathies : ombres floconneuses en tâches rattachées au hile, ou mal délimitées, dispersées, du type nuageux; ou encore, INFILTRATS qui se déplacent volontiers, parfois transitoires, qui rappellent les infiltrats labiles, mode d'apparition et de disparition rapide, qui éveille l'idée d'altérations endo-canaliculaires superficielles, ou de modifications oedémateuses mineures; opacités rétractées lamellaires et circonscrites en rapport avec un arbre bronchique déterminé.

SOULAS insiste sur l'absence de caractère pathogno-

monique qu'ont ces images radiologiques, mais sur la physiologie bien particulière de leur évolution rapide.

L'évolution tourne court, la guérison survient en 15 ou 20 jours. L'évolution sera au contraire trainante en période d'épidémie "grippale" et la bronchoscopie permettra alors d'éliminer la tuberculose chez les sujets jeunes, un cancer chez les sujets plus âgés. Ainsi, cette bronchite diffuse, surtout dispersée, est capable de donner ces images fugaces dont nous nous occupons, et qui du point de vue anatomopathologique, est pour SOULAS en rapport avec une bronchite dispersée étendue à plusieurs systèmes bronchiques avec variabilité des aspects pariéto-canaliculaires et orificiels.

Citons pour terminer un cas de bronchite dispersée donnant ces fausses images cavitaires, clartés arrondies en imposant pour une tuberculose pulmonaire, et que SCARINCI a décrites chez un homme de 48 ans.

Celui-ci est hospitalisé en sana pour tuberculose pulmonaire gauche, diagnostic établi dans un dispensaire. Il existe depuis plusieurs mois de la toux avec expectoration, un état général conservé, mais une température oscillant entre 37° et 38°; à l'auscultation des râles humides à gauche; sur les clichés, au niveau du lobe inférieur gauche, trois images distinctes, à type de grosses bulles, au contour délimité, correspondant très vraisemblablement à des cavités pulmonaires. On trouve en outre une ombre mal délimitée et nuageuse au niveau de toute la région sus-diaphragmatique.

Les examens de laboratoire, y compris les méthodes d'enrichissement, restent négatifs pour le B.K.

La recherche bactériologique est alors orientée vers le prélèvement bronchoscopique. La bronchoscopie montre les orifices de la lingula et de la basale antérieure gauche de couleur rouge vif, avec d'abondantes sécrétions purulentes.

Au niveau de l'orifice de la bronche de Nelson, on aperçoit des sécrétions muco-salivaires, perlées. L'examen des sécrétions est à nouveau négatif. Deux semaines plus tard, une nouvelle endoscopie montre la guérison des lésions à la suite de la première séance qui avait comporté un nettoyage avec la mèche adrénalinée. On pense alors à une bronchite dispersée caractéristique dans les bronchiectasies, et l'on fait une bronchographie à la sonde de SOULAS et au lipiodol sulfamidé. On constate alors sur les clichés standards et de profil, l'existence de bronchiectasies segmentaires au niveau du rameau inférieur de la lingula, et au niveau de la basale antérieure. Ces fausses images cavitaires ont donc rapidement disparu ce qui est en faveur des troubles de la ventilation pulmonaires par altérations endocanaliculaires superficielles. Ces modifications endobronchiques créent des bulles pseudo-cavitaires qui traduisent en fait un emphysème obstructif qui, comme l'image d'engouement atélectasique sus-diaphragmatique a été rapidement réversible sous l'action du traitement bronchoscopique.

En désobstruant les bronches, en supprimant la stase, en rétablissant la ventilation et l'excrétion, on obtient la disparition spectaculaire des images radiologiques pseudo-cavitaires de la bronchite dispersée, à distinguer de la bronchite diffuse, qui intéresse un système bronchique entier, droit ou gauche, et de la bronchite circonscrite localisée à un seul orifice lobaire ou segmentaire, décrite par RIST, MAEUILLE & LEMOINE.

Les bronchites dispersées et leurs aspects pseudo-cavitaires peuvent s'observer dans des bronchopneumopathies fort diverses, tumeurs (bronchiques), tuberculose, abcès du poumon, bronchiectasies, asthme bronchique. Mais ce sont surtout des complications des bronchiectasies, bien que la bronchite constitue l'élément pathologique principal. Quant aux aspects radiologiques, ils sont peut satisfaisants,

A côté d'opacités denses et systématisées, on trouvera des zones d'ombre dispersées qui ne correspondent pas à la topographie de la pathologie endoscopique; on trouvera également des aspects pseudo-cavitaires, qui doivent être attribués à un emphysème obstructif localisé, et qui apparaissent et disparaissent très rapidement. Les trois images pseudo-cavitaires constatées par SCARINCI relevaient bien d'un emphysème obstructif par troubles de la ventilation eux-mêmes provoqués par des altérations endocanaliculaires superficielles: mais ici encore, le premier diagnostic qui est venu à l'esprit était celui de tuberculose.

C O N C L U S I O N S

=====

- I - Les images d'infiltrats labiles ou fugaces. du poumon sont aujourd'hui bien connues, tant dans leurs aspects radiologiques et cliniques, que dans leurs formes étiologiques. En particulier il faut rechercher si la formule sanguine est ou non altérée, une éosinophilie réalisant le syndrome de LÖFFLER, d'origine souvent parasitaire ou allergique.
- II - Mais un nouvel aspect de ces infiltrats fugaces vient d'être étudié à l'occasion d'un certain nombre d'observations, qui montrent que l'image n'est pas aussi exceptionnelle qu'on l'avait d'abord cru : il s'agit d'infiltrats d'allure pseudo-caverneuse, qui risquent évidemment d'entraîner le diagnostic de tuberculose (d'autant plus que des expectorations hémoptoïques sont possibles) et sa sanction thérapeutique : tuberculostatiques, collapsothérapie, celle-ci beaucoup plus rare actuellement.
- III - Il faut donc bien connaître ces aspects trompeurs, qui correspondraient à un moment évolutif de l'infiltrat lors de sa régression. Du point de vue clinique et étiologique, de telles images ont été observées dans des pneumopathies aiguës, grippales ou non, dans une infection rhinopharyngée aiguë, mais aussi dans les formes anatomopathologiques dites bronchites diffuses, les images pseudo-cavitaires

correspondant à un emphysème obstructif, donc à un trouble de la ventilation.

- IV - Sans perdre un temps précieux dans la mise en oeuvre d'un traitement actif s'il s'agit vraiment de tuberculose, il faut cependant compléter la découverte de ces images radiologiques d'examens bactériologiques qui vont alors demeurer négatifs. Mieux vaut, dans le cas de dissociation entre les épreuves bactériologique et radiologique, temporiser quelques semaines, au cours desquelles on aura la surprise de voir disparaître sans séquelles les aspects évocateurs de caverses tuberculeuses.

Vu, le Président de Thèse
Professeur KOURILSKY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH

B I B L I O G R A P H I E

- - - - -

L.BINET, H.BOUR, J.DUCOMET :

A propos d'une image cavitaire intra-pulmonaire de
durée éphémère.

Presse médicale, LXII, pages 1312-1313, 29.9.1954

BOYTINCK :

Über flüchtige entzündliche Lungeninfiltrationen nicht-
tuberkulose Ursprungs

Beitr. klin. Tub. p. 80, 1932.

R.DEBRE, P.MOZZICONACCI, P.BLONDET :

Les images bulleuses pulmonaires au cours des staphy-
lococcies du nourrisson.

Semaine des Hôpitaux de Paris, XXVIII, p. 595-604, 1952

A.DUROUX :

Rapport sur les infiltrats labiles pulmonaires non
tuberculeux.

Centenaire Soc. Méd. Hop. Paris, Oct. 1949

A.DUROUX :

Les infiltrats labiles non tuberculeux des poumons.

Sem. des Hp. Paris, XXVI, P. 4955, 1950.

P.GALY, H.BOUCHER :

Les complications pulmonaires de la grippe.

Revue du Praticien, IV pages 29-37, 1954

R.KOURILSKY, G.DECROIX, M.BLONDEAU, Y.GANTER :

L'infection bronchique dans l'asthme.

Journ. fr. Méd. chir. Thor., VI, pages 201-229- 1952

F.PAGES, HUBERT J. :

Infiltration pulmonaire labile d'allure excavée.

Presse Méd. LXIV, page 1422, 18.8.1956

E.RIST, P.AMEUILLE, LEMOINE J.M. :

Les bronchites segmentaires

Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 11 fév. 1944

et Etudes de Pathologie bronchique 8°, 1948

C.SCARINCI :

Fausses images cavitaires par bronchite dispersée.

Presse méd. LXIII p. 193-194, 9.2.1955

P.SEDAILLAN, P.GALY :

Les infiltrats fugaces non tuberculeux des poumons
à résorption centrifuge.

Journ. Méd. Lyon, XXII, pages 143, 149 - 1941

CH. SORS :

Les bronchopneumopathies segmentaires

Ed. Foucher, 8° Paris, 1950

A.SOULAS :

Les bronchites. Bronchites dispersées, bronchopathies.

Presse méd. LXII, pages 473-475, 24.3.1954

VAJDA :

Résorptionringsschatten

Beitr. klin. Tub. page 89, 1936

J.VIDAL, F. DE SCHIPHORST, J.J.GUIN :

Infiltrats pulmonaires labiles d'apparence cavitaires.

Presse méd. LXVI, pages 815-816, 7.5.1958

Cl. BERAUD :

A propos des infiltrations fugaces non tuberculeuses.

Les images annulaires de résorption.

Thèse de Lyon, 1940.

- TABLE DES MATIERES -

	pages
Avant propos.....	1
Images cavitaires des complications pulmonaires de la grippe.....	6
Infiltrats fugaces des pneumopathies aiguës.....	13
Infiltrats des bronchites diffuses.....	18
Conclusions.....	22
B i b l i o g r a p h i e.	

